

Aceite de Coorientação

Belo Horizonte, 12 de setembro de 2017

Prezados,

Sou professora do Depto. de Química da UFMG e faço parte do quadro de orientadores do Programa de Pós Graduação em Química da UFMG. Eu atuo na área de síntese, modificação e caracterização de materiais diversos, como nanomateriais de carbono, minerais, resíduos de mineração, entre outros, além da aplicação desses materiais em processos de adsorção e oxidação de contaminantes ambientais. Sendo assim, gostaria de demonstrar o meu interesse na coorientação do aluno **Jean Castro da Cruz**, do Programa de Pós Graduação em Agroquímica com Ênfase em Química Analítica, da UFV. Eu já venho trabalhando em parceria com o grupo de pesquisa da prof. Renata (orientadora do aluno) e irei atuar no auxílio na síntese e caracterização dos materiais desenvolvidos pelo Jean.

O aluno Jean já contratou um seguro de vida pelo Banco do Brasil.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,



Ana Paula de Carvalho Teixeira
Prof. do Departamento de Química / ICEx - UFMG

Grupo	Ramo	Processo SUSEP nº	
13 - Pessoas Individual	91 - Vida Individual	15414.900079/2016-51	
Proposta n.º	Apólice nº	Código agência	Nome da agência contratante
36.659.203		0428-6	VICOSA MG

Dados do seguro

Início de vigência	Fim de vigência
Das 24 horas do dia 05/09/2017	Às 24 horas do dia 05/09/2022
Plano contratado	Tipo de seguro
Plano 1	SEM extensão ao cônjuge/companheiro(a)

Dados do(a) proponente

Nome	JEAN CASTRO DA CRUZ		
CPF	Data de nascimento	Sexo	Estado civil
403.341.118-62	20/03/1992	Masculino	Solteiro(a)
Endereço para correspondência			
AV OLIVIA DE CASTRO ALMEIDA 230-AP 101			
Bairro	Cidade		
CLELIA BERNARDES	VICOSA MG		
CEP	Telefone	E-mail	
36570-000	(031) 991821242		

Coberturas do(a) proponente

Descrição	Morte Natural ou Acidental (MNA)	
Limite de capital segurado	Prêmio líquido da cobertura	
R\$ 35.000,00	R\$ 97,93	
Descrição	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	
Limite de capital segurado	Prêmio líquido da cobertura	
R\$ 35.000,00	R\$ 26,25	
Descrição	Acessibilidade Física em Caso de IPA	
Limite de capital segurado	Prêmio líquido da cobertura	
R\$ 17.500,00	R\$ 8,26	
Descrição	Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente	
Limite de capital segurado	Prêmio líquido da cobertura	
R\$ 15.000,00	R\$ 69,32	
Descrição	Auxílio Funeral (AF)	
Limite de capital segurado	Prêmio líquido da cobertura	
R\$ 5.000,00	R\$ 13,99	

Assistências gratuitas

Assistência Residencial
Assistência Veículo
Assistência Práticas Sustentáveis

Beneficiário(s)

Nome completo	Grau de relacionamento	Percentual de participação
ROSELI CASTRO DA CRUZ	Pai/Mãe	50,00%
ALMIR CARDOSO DA CRUZ	Pai/Mãe	50,00%

Dados do pagamento

Moeda	Periodicidade	
Real	Mensal	
Prêmio líquido total	IOF	Prêmio bruto total
R\$ 215,75	R\$ 0,81	R\$ 216,56
N.º de parcelas	Valor da 1ª parcela	Valor das demais parcelas
12	R\$ 18,12	R\$ 18,04
Forma de pagamento		Dia para débito
Débito em conta		15

Cobrança

Banco	Agência para débito	Conta para débito
001 - Banco do Brasil	0428-6 VICOSA MG	72155-7

Questionário de operação

Autorizo o envio de comunicações para renovação, pendências, ofertas ou novidades de seguros por meios remotos (SMS e e-mail) **SIM/NÃO**

Email	Celular 1	Celular 2
	031983867217	

Questionário de atividade - titular

1. Qual a sua profissão?

ESTUDANTE

2. Especifique cargo e atividade exercida.

ESTAGIARIO

Declaração Pessoal de Saúde - básica - titular

Confira atentamente as informações

Você está em plenas condições de exercer qualquer atividade cotidiana (normais diárias), inclusive profissional, sem restrições?

Sim

Com base nas informações de peso e altura, o sistema calculará o Índice de Massa Corporea (IMC), utilizando a seguinte fórmula: $IMC = (\text{peso em kg}) / (\text{altura em metros elevado ao quadrado})$

IMC entre 21 e 25 kg/m²

Você possui alguma deficiência da função de órgãos, membros ou sentidos, causada por doença ou acidente?

Não

Você sofre atualmente ou sofreu de doença ou acidente que o tenha obrigado a ter acompanhamento médico, realizar exames, fazer uso rotineiro de medicamento(s) e/ou realizar tratamento(s), inclusive radioterapia ou quimioterapia?

Não

Você realizou ou tem indicação de realizar tratamento(s) que necessite de internação ou algum tipo de cirurgia?

Não

Declarações e Autorizações

Autorizo a emissão da apólice de seguro pela Companhia de Seguros Aliança do Brasil, referente ao presente documento, podendo ser renovada conforme definido nas condições contratuais.

Autorizo, na qualidade de proponente, a representação da BB Corretora de Seguros S.A. na transmissão à Seguradora dos dados cadastrais e atualizações necessárias para a efetivação da contratação do seguro e sua manutenção, inclusive assinar a proposta de contratação, caso seja necessário.

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações por mim prestadas, referentes à minha pessoa, são verdadeiras e completas e estou ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se eu fizer declarações inexatas ou tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderei o direito à garantia do seguro e pagarei o prêmio vencido.

Declaro que tive conhecimento prévio das condições contratuais do seguro, estando ciente de seu teor, não possuindo qualquer dúvida que prejudique a exata compreensão dos textos.

Declaro estar ciente de que a aceitação da proposta estará sujeita à análise prévia, com base nos dados e informações por mim fornecidos, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento da proposta pela Seguradora e que poderá(ão) ser solicitado(s) documento(s) adicional(is), como exames médicos, para análise do risco.

Declaro estar ciente de que, anualmente no aniversário da apólice, além da atualização monetária pelo IGP-M, o prêmio será reajustado por mudança de idade de acordo com a tabela de reenquadramento etário constante nas condições contratuais.

Declaro estar ciente, quanto a **franquias e carências** que:

1. Para todas as coberturas, haverá carência na hipótese de suicídio ou de sua tentativa, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos a partir da data de início de vigência individual do seguro ou de sua recondução, depois de suspenso.
2. Para a cobertura de Diárias de internação hospitalar decorrente de acidente será aplicada franquia de 2 (duas) diárias, desta forma, inicia-se a cobertura a partir da 3ª (terceira) diária.
3. Para a cobertura de Diagnóstico de câncer, **se contratada**, haverá carência de 90 (noventa) dias corridos a partir da data de início de vigência individual do seguro.
4. Para a cobertura de Doenças graves, **se contratada**, haverá carência de 90 (noventa) dias corridos a partir da data de início de vigência individual do seguro.

Declaro estar ciente, que em caso de inclusão de cônjuge/companheiro(a) no seguro, este também respeitará o período de carência e/ou franquia a partir de sua inclusão.

Autorizo o débito do prêmio em minha conta bancária ou na fatura do meu cartão de crédito, identificados na proposta, referente ao seguro ora solicitado. Em caso de débito em conta bancária, autorizo que o débito da 1ª (primeira) parcela do prêmio ou o prêmio à vista seja feito no ato da contratação ou após a respectiva aceitação da proposta pela Seguradora. As parcelas subsequentes à 1ª (primeira) parcela do prêmio fracionado ou o prêmio à vista, bem como na renovação, serão debitadas na data de vencimento definida pelo(a) segurado(a) na proposta de contratação.

Declaro estar ciente que no caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, serão devolvidos conforme condições contratuais.

Declaro e aceito que em caso de não pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio na contratação até a data de seu vencimento não estará caracterizada a efetivação da contratação do seguro.

Declaro e aceito que a falta de pagamento de parcela, posterior à 1ª (primeira), implicará na suspensão da cobertura enquanto não ocorrer o cancelamento do seguro individual.

Declaro estar ciente de que a suspensão da autorização de débito na conta bancária ou na fatura de cartão de crédito caracterizará inadimplência do seguro, sendo aplicadas as penalidades previstas nas condições contratuais do seguro.

Aceito que o eventual cancelamento do meu cartão de crédito e/ou encerramento da minha conta bancária no Banco do Brasil S.A., indicados para débito do prêmio, determinará o cancelamento deste seguro.

Autorizo o débito na minha conta bancária, identificada na proposta, conforme opção de pagamento especificado acima, para a contratação do seguro e para a efetivação de todas as alterações e renovações do seguro, inclusive por meio do corretor, exceto se houver minha expressa manifestação em contrário.

Declaro estar ciente, que caso seja autorizado, o valor do prêmio pode vir a ser debitado em minha conta bancária, na hipótese da operadora de cartão de crédito não aceitá-lo.

Autorizo, na qualidade de proponente, que médicos, hospitais, laboratórios, delegacias, institutos e repartições públicas prestem todas as informações solicitadas pelos representantes legais da Seguradora para efeito de análises pertinentes a este seguro. E **autorizo** ainda, que no caso de meu falecimento, os representantes legais da Seguradora efetuem pesquisas e investigações para a regulação do processo de sinistro.

Aceito que o eventual cancelamento do meu cartão de crédito e/ou encerramento da minha conta bancária no Banco do Brasil S.A., indicados para débito do prêmio, determinará o cancelamento deste seguro.

Autorizo o débito na minha conta bancária, identificada na proposta, conforme opção de pagamento especificado acima, para a contratação do seguro e para a efetivação de todas as alterações e renovações do seguro, inclusive por meio do corretor, exceto se houver minha expressa manifestação em contrário.

Declaro estar ciente, que caso seja autorizado, o valor do prêmio pode vir a ser debitado em minha conta bancária, na hipótese da operadora de cartão de crédito não aceitá-lo.

Autorizo, na qualidade de proponente, que médicos, hospitais, laboratórios, delegacias, institutos e repartições públicas prestem todas as informações solicitadas pelos representantes legais da Seguradora para efeito de análises pertinentes a este seguro. E **autorizo** ainda, que no caso de meu falecimento, os representantes legais da Seguradora efetuem pesquisas e investigações para a regulação do processo de sinistro.

Informações Importantes

1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco
2. Para esclarecimentos sobre as condições e alterações relativas ao presente seguro, o(a) segurado(a) deverá consultar o Serviço de atendimento ao cliente (SAC) da Companhia de Seguros Aliança do Brasil pelo telefone **0800 729 7000** ou pelo SAC aos Deficientes Auditivos ou de Fala pelo telefone **0800 775 5045** cujo horário de atendimento é de 24 horas, todos os dias.
3. Na ocorrência de um dos eventos previstos neste seguro, o(a) segurado(a) ou seus beneficiários deverão comunicar imediatamente o sinistro pelo Serviço de atendimento ao cliente da Companhia de Seguros Aliança do Brasil.
4. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser substituído(s) a qualquer tempo, por meio de documento devidamente assinado pelo(a) segurado(a) e entregue à seguradora. Qualquer alteração somente terá validade a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo na seguradora.
5. Os serviços de assistências são prestados pela Brasil Assistência S.A - CNPJ/MF: 68.181.221/000-47 e em conformidade com o manual de assistência, não sendo admitido qualquer tipo de reembolso por serviços executados por terceiros.
6. O(A) segurado(a) poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
7. Este seguro será por prazo determinado, porém, caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar o(a) segurado(a) previamente com no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
8. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual se encerra automaticamente no fim do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.


9. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica.
10. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta, através do link <http://susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/sistema-de-consulta-publica-de-produtos>.
11. As Condições Gerais do seguro e manual de assistência estão disponíveis no site BB Seguros na página do produto através do link <https://www.bbseguros.com.br/seguradora/para-voce/seguro-vida>.
12. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
13. SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Telefone gratuito de atendimento ao público 0800 021 8484 de segunda a sexta-feira das 9:30h às 17h (exceto feriados).
14. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais. Ouvidoria - 0800 880 2930 e Ouvidoria atendimento aos deficientes auditivos ou de fala - 0800 962 7373 de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados. Ouvidoria e Defensor do segurado - Caixa Postal 60596 - CEP 05804-970 - São Paulo - SP.

Declaro ter lido e compreendido o inteiro teor das INFORMAÇÕES IMPORTANTES e estar de pleno acordo com as DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES constantes neste documento.

Local e data

VICOSA, 05 DE SETEMBRO DE 2017

BB Corretora de Seguros e Administradora de Bens S.A.



Jorge Luis de Freitas Duarte
Diretor Técnico

Assinatura do(a) proponente



Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 7000
Ouvidoria: 0800 880 2930 em horário comercial ou pelo site
www.bbseguros.com.br
SAC para Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 775 5045
Ouvidoria para Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 962 7373